

ANEXO I

Art. 1°.- Todos los aspirantes a ingresar al Cuerpo Activo deben completar la Declaración Jurada de Salud como paso previo a los exámenes establecidos por el presente ANEXO.

Art. 2°.- Estudios previos al ingreso al Cuerpo Activo.

1.- Los exámenes de ingreso tienen como propósito determinar la aptitud del postulante para desempeñar las tareas que se le requieran, servirán para detectar patologías preexistentes y evaluar la adecuación del postulante a las labores a desarrollar atento a los factores de riesgo presentes.

2.- Su realización es obligatoria, debiendo realizarse previamente al inicio de las tareas. Debiendo quedar el mismo, con la conformidad del bombero, archivado en el legajo GIB correspondiente y a disposición de la Junta Médica Regional-**previo aviso al Jefe del Cuerpo Activo quien es el responsable de resguardar los datos privados del agente**¹ⁱ y del Fondo Federativo, quien lo requerirá siempre al ingresar un bombero para su cobertura o en caso de un siniestro.

3.- Los exámenes a realizar se detallan en el presente anexo, quedando a criterio del profesional médico actuante la ampliación de los mismos según patologías detectadas.

4.- La responsabilidad de su realización corresponde al Jefe del Cuerpo Activo y al Presidente de la Asociación, el costo de los mismos deberá ser responsabilidad de cada cuerpo.

Art.3°.- Exámenes periódicos.

1.- Tienen por objetivo la detección precoz de patologías resultantes de las tareas desarrolladas.

2.- Es obligatorio y es responsabilidad del Jefe de Cuerpo su implementación.

3.- El mismo se realizará con una periodicidad bianual, excepto en aquellos casos que se detecten enfermedades que pueden afectar al agente en cuyo caso será hecho anualmente hasta tanto se controle o desaparezca el riesgo.

¹ Lo que se encuentra en negrita es la modificación.

Art. 4°.- Listado de los exámenes y análisis complementarios generales para el ingreso:

I.Examen físico completo, que abarque todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza **visual**.

II. Radiografía panorámica de tórax y columna lumbosacra.

III. Electrocardiograma y ergometría

IV. Exámenes de laboratorio: Hemograma; VSG, Uremia, Glucemia, Hepatograma, Perfil lipídico, ácido úrico, creatinina, orina completa. Con autorización del agente VDRL, HIV y Chagas.

V. Espirometría.

VI. Evaluación Psicológica

VII. Declaración Jurada del agente respecto a las patologías de su conocimiento.

Art. 5°.- Listado de exámenes y análisis complementarios generales para el periódico:

I. Examen físico.

II. Laboratorio igual al anterior.

III. Radiografía de tórax.

IV. Electrocardiograma.

V. La necesidad de otros estudios quedan a consideración del profesional actuante.

FABVPBA

Ficha de Salud Ingresante

Cuerpo:

Datos de identificación

Apellidos.....

Nombres.....

Sexo..... Fecha

nacimiento.....Edad.....

DNI..... Estado Civil.....

Domicilio..... N°.....

Entre.....

T.E.....

Mail.....

Conyuge.....

Trabajo..... N°hijos.....

Total personas que dependen económicamente de
él/ella.....

Trabajo extra (si)..... (no).....

Especifique.....

Historia laboral

Trabajo actual.....

Condición laboral.....

Relación cronológica trabajos
realizados.....

.....
.....

Empresas y actividad de las
mismas.....

.....
.....

Factores de riesgo
presentes.....

.....
.....
.....
.....

Historia laboral actual

Fecha ingreso a la
empresa.....

Vinculación laboral: Planta
permanente.....Contrato.....

Puesto de trabajo que
ocupa.....

Desde cuando..... Puesto
anterior.....

Horario de
trabajo.....ingreso.....salida.....

Fijo..... Rotativo..... Descanso
semanal.....

Descanso durante jornada laboral.....

Tiempo de traslado desde domicilio al centro laboral.....

.....

Forma del
traslado.....

Descripción
tareas.....

.....

Factores de riesgo y tiempos de exposición.....

.....

.....

Medidas preventivas.....

.....

Equipos de protección individual de que dispone.....

.....

.....

¿Los usa habitualmente? (si)..... (no)..... En caso negativo

¿Porqué?.....

Ha presentado accidentes laborales (si)..... (no).....

Recibió tratamiento.....

Rehabilitación.....

Indemnización (si)..... (no)..... Porcentaje de incapacidad.....

Enfermedades profesionales (si)..... (no).....

Cuando comienzan los síntomas.....

Condiciones de trabajo actual

Toxicidad.....

Nocturnidad.....

Peligrosidad.....

Altura.....

Otras.....

Tiempo extralaboral

Dedica su tiempo extralaboral a:

1.- Actividades domésticas.....

2.- Hobby.....

3.- Recreación.....

4.- Deportes o actividad física.....

5.- Actividades laborales extras.....

.....

6.- Descanso en la vivienda.....

Datos de salud individual

Antecedentes patológicos

Personales.....

.....

.....

Familiares.....

.....

.....

Antecedentes de

Accidentes de trabajo (si)..... (no).....

Cual.....

Enf. Profesional (si)..... (no).....

Cual.....

Enf. Agravada por el
trabajo.....

Intervenciones quirúrgicas.....

Hábitos tóxicos

Fuma (si)..... (no)..... tiempo..... Cantidad.....

Exfumador..... Tiempo.....

Alcohol (si)..... (no)..... Ocasional..... Diario.....

Cantidad.....

Medicación habitual.....

.....

.....

Alergias.....

.....

Valoración nutricional

Peso (Kg.)..... Talla (cm)..... IMC.....

Examen físico

1.- Cabeza y cuello.....

.....
.....

2.- Respiratorio.....

.....
.....

3.- Cardiovascular.....

.....
.....

4.- Abdomen.....

.....
.....

Hernias.....

5.- Genitourinario.....

.....

Varicocele.....

6.- Sistema Nervioso.....

.....
.....

7.- Osteoarticulomuscular

7-1 . Miembro superior.....

.....
.....

7-2. Miembro inferior.....

.....
.....

7-3. Columna vertebral y tronco.....

.....
.....

Estudios solicitados

1.- Laboratorio.....

.....
.....

2.- ECG.....

.....

3.- Ergometría.....

.....

4.-Radiografías

4-1. Tórax.....

.....

4-2. Columna lumbosacra.....

.....

5.- Espirometría.....

.....

6.- Evaluación Psicológica.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informe final

.....
.....
.....
.....
.....

APTO.....

NO APTO.....

Firma Médico

Firma agente

FABVPBA

EXAMEN PERIÓDICO DE RIESGO

Cuartel.....

FECHA:...../...../.....

Domicilio:.....Localidad:.....C.P.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....

Antigüedad en el puesto:.....

Fecha de ingreso:.....

HISTORIA LABORAL Y PERFIL DEL PUESTO

Trabaja expuesto a: Ruido Polvo frío Humedad Altura Profundidades
Vibraciones Gestos Repetitivos ext. Inferior Gestos repetitivos ext superior Conduc.
vehículos pesados Conduc. vehículos livianos SustanciasQuímicas.
Cuales:.....

1- Tuvo accidentes de trabajo anteriores: SI NO

Describe:.....

2- Trabajo con sustancias que le provocan alteraciones cutáneas: SI NO

Describe:.....

3- ¿Tuvo ausentismo por enfermedades relacionadas con el trabajo? SI NO

Describe:.....

4-¿Tiene alguna limitación funcional por accidente de trabajo o enfermedad profesional? SI NO

Describe:.....

5- ¿Padece de problemas respiratorios? SI NO

¿Desde cuándo?.....

Describe:.....

7- ¿Padece alguna forma de Diabetes? SI NO

¿Cuál?.....

8-¿Toma alguna medicación? SI NO

Describe:.....
.....

9-¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Describe:.....

10- Fuma SI NO

¿Cuántos cigarrillos diarios?..... ¿Desde Cuándo?.....

11-¿Toma bebidas alcohólicas? SI NO

¿Cuánto?.....

12- ¿Ha padecido o padece algún tipo de Hepatitis? SI NO

¿Cuál?.....

13- Esquema de vacunación completo SI NO

Vacunas faltantes.....

EXAMEN FISICO

Fecha:.... / / 20....

Peso:..... Talla:.....

PIEL

.....
.....

RESPIRATORIO

F.R..... Murmullo .v Rales Roncus.....
Sibilancias Disnea de esfuerzo Disnea de
reposo..... Disfonia..... Tos crónica.....

ABDOMEN / GENITALES

Palpación..... Auscultación.....

Visceromegalias.....

Hernias..... Varicocele.....

Examen mamario.....

Otros.....

OJOS

Der. Normal SI NO Izq. Normal SI NO

Irritación conjuntival..... Daltonismo.....

Cataratas..... Opacidades de córnea.....

Agudeza visual ojo der..... Ojo izq.....

CAVIDAD ORAL

Normal SI NO Sangrado de encías SI NO Ribete de Burton SI NO

Alteración esmalte SI NO Piezas faltantes.....

Prótesis.....

NARIZ

Mucosa normal SI NO Desviación tabique Si NO

Tabique sano SI NO

CARDIOVASCULAR

FC..... Presión Arterial.....

Pulsos.....

Ruidos cardíacos.....

Ritmo cardíaco.....

SISTEMA NERVIOSO

Reflejos.....
.....

Alteración de la marcha SI NO

¿Cuál?.....

Alteración de la sensibilidad SI NO

¿Cuál?.....

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Amputaciones SI NO

¿Cuál?.....

Miembro Superior

Movilidad normal SI NO

Sensibilidad normal SI NO

Limitaciones.....

Reflejos Normales SI NO

.....

Miembro inferior

Movilidad normal SI NO

Sensibilidad Normal SI NO

Limitaciones.....

Reflejos normales SI NO

.....

Enfermedad venosa SI NO ¿Cuál?.....

.....

Columna vertebral

Movilidad normal SI NO

Alineación normal SI NO

Limitaciones.....

Romberg.....

Lasegue.....

.....

.....

Firma Médico

Firma Bombero

DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Apellido y Nombre.....

Fecha de nacimiento...../...../..... Lugar.....

Nacionalidad..... DNI.....

Estado Civil..... Ocupación.....

Domicilio..... Localidad.....

Cuartel.....

Antecedentes familiares

a) Padre.....

b) Madre.....

c) Otros.....

Antecedentes personales

En todos los ítems en caso positivo marcar con un círculo el diagnóstico correspondiente

a) Afecciones cardiovasculares (hipertensión, infarto, arritmias, chagas, marcapasos, enfermedad coronaria, otras)

SI NO

b) Enfermedades respiratorias (asma, EPOC, tuberculosis, otras)

SI NO

c) Sistema digestivo (úlcera gastroduodenal, cirrosis, hepatitis, hernias, hemorroides, otras)

SI NO

d) Endócrinas metabólicas (diabetes I, diabetes II, otras)

SI NO

e) Sistema nefrouinario (insuficiencia renal, varicocele, otras)

SI NO

f) Sistema nervioso (epilepsia, convulsiones, temblores, uso psicofármacos, otras)

SI NO

g) Psiquiatría (depresión, psicosis, adicciones, otras)

SI NO

h) Oído (hipoacusia, otitis crónica, vértigo, uso de audífono, otras)

SI NO

i) Oftalmológicos (estrabismo, daltonismo, visión monocular, glaucoma, queratocono, uso anteojos o lentes de contacto, otras)

SI NO

j) Osteoarticular (amputaciones, deformaciones, artrosis, artritis, afecciones musculares, pérdida de fuerza y/o movilidad de un miembro, otras)

SI NO

k) Ginecológicos (patologías mamarias, alteraciones menstruales, otras)

SI NO

l) Intervenciones quirúrgicas SI NO

Cuál?.....

Cuándo?.....

m) Medicamentos

1.....

2.....

n) Hábitos

1.- Tabaco SI NO Cuánto por día?.....

2.- Alcohol SI NO Cuánto por día?.....

3.- Drogas SI NO Especifique.....

VACUNACIÓN

Calendario completo SI NO Pendiente.....

Lugar y fecha

Firma postulante
